Münster.1933.No 88 Med Diss.

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Münster i. Westf.
(Direktor Prof. Dr. A. Stühmer)

Das Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur
Erlangung der Doktorwürde
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelmsuniversität
Münster i. Westf.

vorgelegt von

CARL SCHULTE
aus Soest i. W.

KÖLN 1933

Buchdruckerei Dr. Paul Kerschgens, Köln

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Münster i. Westf.
(Direktor Prof. Dr. A. Stühmer)

Das Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Westfälischen Wilhelmsuniversität

Münster i. Westf.

vorgelegt von

CARL SCHULTE

aus Soest i. W.

KÖLN 1933

Buchdruckerei Dr. Paul Kerschgens, Köln

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Dekan: Prof. Dr. HERZOG
Referent: Priv.-Doz. Dr. SCHMIDT
Korreferent: Prof. Dr. STÜHMER

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westf. Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547410_0123

Der im Jahre 1876 von Féréol demonstrierte Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans veranlaßte viele Autoren, eine eingehende Darstellung des Krankheitsbildes zu geben. Insbesondere Besnier und Brocq schilderten es zuerst in ausgezeichneter Weise und trennten es als selbständiges, gut charakterisiertes Krankheitsbild von dem Sammelbegriff der primären exfoliativen Erythrodermien ab.

In den beiden letzten Jahren hatten wir Gelegenheit das nicht häufige Krankheitsbild in der hiesigen Klinik an zwei Patienten zu beobachten.

I. Fall.

Anamnese.

Die Eltern und zwei Brüder sind tot. Die Todesursache ist unbekannt. Vier Brüder leben noch und sind gesund. Als Kind war der Patient niemals krank. Im Alter von fünfzehn Jahren bemerkte er eine allgemeine Rötung der Haut, die sich nach seinen Angaben allmählich abschälte. Seitdem zeigen sich alljährlich immer im Frühjahr dieselben Hauterscheinungen. Die Dauer der Erkrankung erstreckte sich auf ungefähr 2 – 3 Wochen. Die Affektion trat dieses Mal vor drei Tagen auf, auf der Brust, sowie an beiden Oberschenkeln gleichzeitig beginnend. Seit acht Tagen klagt der Patient über geringe Kopfschmerzen. Sonst ist das Allgemeinbefinden ungestört.

Aufnahmebefund.

Es handelt sich um einen 48jährigen mittelgroßen Patienten in gutem Ernährungszustand. Der Kranke zeigt starke psychische Hemmungen. Die sichtbare Schleimhaut ist gut durch-

blutet. Der Kopf ist nirgends druck- oder klopfempfindlich. Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz. Es besteht kein Nystagmus. Die Nasenatmung ist frei. Die Ohren sind ohne pathologischen Befund. Mundhöhle: Das Gebiß ist vollständig. Die Zunge ist feucht und nicht belegt. Die hintere Rachenwand ist nicht gerötet. Die Tonsillen sind nicht hypertrophisch und ebenfalls nicht gerötet. Am Halse bestehen keine fühlbaren Drüsenschwellungen. Lungen: Die Grenzen sind regelmäßig und gut verschieblich. Ueber allen Lungenfeldern besteht Vesiculäratmen. Die Röntgenaufnahme der Lunge ergibt keinen pathologischen Befund. Herz: Die Grenzen sind regelrecht. Die Töne sind rein. Der Blutdruck beträgt 145/90 mm Hg. Die Genitalorgane sind o. B.

Der Leib ist weich und weist keinerlei Druckpunkte auf. Das Nervensystem ist ohne krankhaften Befund. Die Körpertemperatur beträgt 36,4°, der Puls 74 Schläge in der Minute. Blutstatus: 4 800 000 Erythrocyten, 4 600 Leukocyten, Hämoglobingehalt 90%. Das Blutbild zeigt einen mäßigen Grad von Lymphocytose (40%). Im Urin befinden sich kein Eiweiß und kein Zucker. Die serologischen Untersuchungen auf Lues zeigen ein negatives Ergebnis.

Spezieller Befund.

Die Haut des Patienten ist von einem ausgedehnten Ausschlage befallen. (Bild 1 u. 2) Ausgenommen sind lediglich der Kopf und die Brust. Es handelt sich um einen flächenhaften Ausschlag, der nirgends Einzeleffloreszenzen zeigt und nirgends scharf begrenzt ist. Die Haut ist an den erkrankten Stellen diffus gerötet. Besonders auffällig ist die Rötung an den Extremitäten, wo sie ins Bläuliche übergeht, während an den seitlichen Partien des Stammes und an den Armen schon ein Uebergang ins Bräunliche festzustellen ist. Charakteristisch für den Ausschlag ist die starke Abschuppung, die teils in größeren, teils in kleineren Lamellen vor sich geht. So sieht man Bezirke von etwa Markstückgröße, die eine Abschuppung erfahren haben, im Zentrum aber schon wieder normale Haut

erkennen lassen, während an der Peripherie die Ablösung oberflächlicher Epidermisschichten in Form von randständigen halskrausenförmigen Lamellen erkennbar ist. So zeigen besonders seitlich am Stamm Partien von etwa Handflächengröße schon wieder normale Haut, die lediglich noch eine bräunlichrote Farbe zeigen, während in anderen Bezirken zum Abdomen hin und auch an der Innenseite der Oberschenkel der Beginn der Abschuppung durch kleine, dicht aneinander liegende, scharf begrenzte, weißliche, parakeratotische Bezirke von Linsen- bis Markstückgröße sichtbar ist. Besonders typisch für den Vorgang der allgemeinen Abschuppung sind die Handinnenflächen, die eine noch aufliegende, gelblichweiße, zusammenhängende Hornschicht zeigen, die mit der Unterlage zum größten Teil nicht mehr in Zusammenhang steht und luftgefüllte, sackförmige Hohlräume darstellt. Dieselben Erscheinungen zeigen sich an den Fußsohlen. An beiden Unterschenkeln sind Oedeme vorhanden. Die Nägel beider Zeige- sowie Mittelfinger zeigen je eine transversal verlaufende Furche.

Therapie.

Zur schnellen Beseitigung der Schuppen werden Einreibungen der Haut mit Vaseline vorgenommen.

Verlauf.

Das Allgemeinbefinden des Patienten ist während des ganzen Krankheitsprozesses in keiner Weise gestört, so daß es therapeutisch außer acht gelassen werden kann. Die Temperatur bleibt ständig normal und schwankt zwischen 36,2 und 36,8°. Die Pulsfrequenz ist nicht gesteigert. Die Kopfhaut sowie das Gesicht werden überhaupt nicht in Mitleidenschaft gezogen. Die Desquamation ist auf dem Rücken, an den seitlichen Stammpartien sowie an den Armen zuerst beendet. Auch am Abdomen und den unteren Extremitäten ist nach etwa 12 Tagen fast vollkommene Heilung festzustellen. Die Handinnenflächen sowie die Fußsohlen zeigen als letzte wieder normale Verhältnisse.

Nach zwanzigtägiger Behandlung kann der Patient wieder als geheilt aus der Klinik entlassen werden.

II. Fall.

Anamnese.

Im Schulalter erkrankte die Patientin an einer doppelseitigen Lungenspitzentuberkulose, vor vier Jahren an einer Gesichtsrose. Vor drei Jahren hatte sie ein Geschwür im linken äußeren Gehörgang. Im letzten Winter wurde sie gleichzeitig von einer Angina, Nephritis und stark juckendem Hautausschlag am ganzen Körper befallen. Nach Angaben der Patientin schälte sich die Haut allmählich ab.

Vor vierzehn Tagen begannen beide Hände sowie das Gesicht anzuschwellen und sich zu röten. Bald wurde der ganze Körper ergriffen. Der Ausschlag juckte stark. Die Patientin hatte dauernd Fieber bis zu 37,5° und hatte außerdem schon einige Tage vor Ausbruch des Exanthems über Magenbeschwerden und Kopfschmerzen zu klagen. Nach etwa vier Tagen begann die Haut an den befallenen Partien abzuschilfern.

Aufnahmebefund.

Die Patientin sieht für ihr Alter (28 Jahre) sehr alt aus. Der Kopf ist nirgends druck- oder klopfempfindlich. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Konvergenz. Die Zunge ist feucht und nicht belegt. Die Mund- und Rachenschleimhaut sind gerötet. Die Tonsillen sind hypertrophisch. Lungen: Ueber beiden Lungenspitzen besteht eine leichte Dämpfung. Im übrigen ist der Klopfschall normal. Die unteren Lungengrenzen sind normal und gut verschieblich. Ueber beiden Lungenspitzen ist das Atemgeräusch abgeschwächt. Herz: Die Grenzen sind regelrecht, die Töne rein, die Aktion ist regelmäßig. Abdomen: Die Bauchdecken sind nicht gespannt. Es besteht keinerlei Druckschmerzhaftigkeit. Nervensystem: Die Sehnenreflexe, insbesondere die Patellarreflexe sind lebhaft. Die Körpertemperatur beträgt 37,5°, der Puls 88 Schläge in der Minute. Im Urin ist Eiweiß in Spuren nachweisbar. Die sero-

logischen Untersuchungen auf Lues zeigen ein negatives Ergebnis.

Spezieller Befund.

Der ganze Körper ist von einem ausgedehnten Exanthem befallen, das nirgends scharf begrenzt ist. Ausgenommem ist nur das Gesicht. (Bild 3 u. 4) Die befallenen Hautpartien zeigen eine gleichmäßige diffuse Rötung. Während die Brust, der Bauch und der Rücken schon wieder fast vollkommen normale Haut erkennen lassen, die an diesen Partien lediglich noch eine bräunliche Farbe zeigt, sind die Hände sowie die unteren Extremitäten in starker Abschuppung begriffen. Im Bereich der Glutäen sowie der Beugeseite beider Oberschenkel ist die beginnende Desquamation durch kleine, scharf begrenzte, dicht aneinander liegende parakeratotische Bezirke erkenntlich. An der Innenfläche des linken Unterschenkels sowie in der Wadengegend beider Unterschenkel kann man Stellen von Bohnen- bis Markstückgröße beobachten, die eine Abschuppung erfahren haben und im Zentrum fast völlig normale Verhältnisse zeigen, während an der Peripherie die Epidermis in Ablösung begriffen ist. Die Schuppen sind lamellös, unregelmäßig und am freien Rande aufgerollt. Die darunter befindliche Haut ist glänzend und trocken. Ihre größte Dimension erreichen die Schuppen am Stamm, wie noch an einer rechtsseitigen, seitlichen Thoraxpartie zu erkennen ist. Typisch für die Erkrankung ist das Verhalten der Handinnenflächen sowie der Fußsohlen, an denen die Hornhaut, die schon zum größten Teil von ihrer Unterlage abgelöst ist, sich in toto abziehen läßt. Die Kopfhaut ist in kleienförmiger Abschuppung begriffen. Die Kopfhaare zeigen stellenweise eine erhebliche Lichtung. Ebenso sind die lateralen Augenbrauen stark gelichtet. Die Nägel beider Daumen zeigen am distalen Teil (s. Abbildung 5) eine tiefe, transversal verlaufende Furche. Die Haut an beiden Unterschenkeln ist oedematös geschwollen.

Therapie.

Zur schnellen Beseitigung der Schuppen wurden bei der

Patientin tägliche Einreibungen der Haut mit Salicyl-Vaseline vorgenommen. Die Kopfhaut wurde mit Salicyl-Resorcin-Spiritus behandelt.

Verlauf.

Die Körpertemperatur, die bisher zwischen 37 und 37,5° schwankte, fällt am fünften Tage unserer Beobachtung wieder zur Norm herab. Ebenso ist die Pulsfrequenz wieder normal. Mit dem Abfall der Temperatur schwindet auch die Albuminurie. Abgesehen von noch zeitweise auftretenden Kopfschmerzen ist das Allgemeinbefinden nicht mehr gestört. Die Haut am Stamm zeigt nach etwa vier Tagen wieder völlig normale Verhältnisse. Nach etwa acht Tagen ist die kleienförmige Schuppung der Kopfhaut, die von einem starken Juckreiz begleitet ist, beendet. Nach etwa zweiwöchiger Behandlung ist die Dermatose am ganzen Körper – zuletzt an den Handinnenflächen und den Fußsohlen – abgeklungen, so daß die Kranke als geheilt aus der Klinik entlassen werden kann.

Mit den von Juliusberg zitierten Fällen ist das Krankheitsbild des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans seit 1876 in etwa 50 Fällen beschrieben worden (Autoren s. Literaturverzeichnis u. Juliusberg). Auffallend ist es, daß über die Dermatose in den letzten zehn Jahren nur in neun Fällen berichtet wurde.

Bei unseren Patienten handelt es sich offensichtlich um das Krankheitsbild des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans, wie uns ein Vergleich der von uns beschriebenen Fälle mit der Darstellung der Krankheit in der vorliegenden Literatur im folgenden bestätigen soll.

Das charakteristische Merkmal des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans ist seine Recidivfähigkeit, die auch in unseren Fällen, insbesondere im I., deutlich hervortritt. Bei unserem Patienten (Fall I) konnten wir den 30. Rückfall beobachten, während bei unserer Patientin (Fall II) die Krankheit zum zweiten Male recidivierte. Die Anzahl der Recidive ist, wie aus der Literatur ersichtlich, von Fall zu Fall verschieden. Hallopeau und Besnier konnten einen Kranken

demonstrieren, bei dem die Affektion zum 20. Male auftrat. Einzig dastehend in der Literatur ist ein von Juliusberg erwähnter Fall, in dem Tilbury Fox den 100. Rückfall des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans erlebte.

Auch hinsichtlich der Zeiträume, durch welche die einzelnen Schübe von einander getrennt werden, zeigt unser Krankheitsbild große Verschiedenheiten. Die Recidive können in ganz regelmäßigen Intervallen auftreten. Besnier beobachtete verschiedentlich einen Typus annuus, nach dem, wie in unserem I. Falle, das Erythem alljährlich auftritt. Interessant ist ein von Frank beschriebener Fall, in dem das Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans bei einem Patienten vom 7. bis zum 25. Lebensjahr stets an dem gleichen Tage recidivierte. Ebenso beobachtete Sligh einen Kranken, der schon von Kindheit an alljährlich am 24. Juli von der Dermatose befallen wurde (s. Juliusberg). Im allgemeinen treten die Recidive ganz regellos, teils nach einem freien Intervall von mehreren Jahren, teils, wie auch bei unserer Patientin (Fall II), durch mehrere Monate getrennt auf (Brocq, Besnier, Kramsztyk).

Typisch für das Krankheitsbild des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans ist in den von uns beschriebenen Fällen ferner die Dauer der Erkrankung. Bei unserem Patienten (Fall I) war die Dermatose nach drei Wochen abgeklungen, bei unserer Patientin (Fall II) zeigte die Haut nach einem Monat wieder völlig normale Verhältnisse. Die in der Literatur angeführten Fälle zeigen im allgemeinen auch eine Verlaufsdauer von einem Monat. Nach Brocq dauert der einzelne Schub im Durchschnitt 2 – 3 Wochen. Fälle von längerer Verlaufsdauer sind eine Seltenheit. So beobachtete Török einen Kranken mit Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans, bei dem die Affektion erst nach vier Monaten abgeklungen war. Die übliche Dauer des einzelnen Schubes kann durch Rückschläge, d. h. durch das Auftreten neuer Eruptionen vor dem vollkommenen Abklingen der vorausgegangenen Attacke, verlängert werden. Juliusberg betont

mit Nachdruck, daß die Rückschläge, die wir bei unseren Patienten nicht beobachten konnten, weniger charakteristisch als die wahren Recidive für das Krankheitsbild sind, wenngleich sie vereinzelte Male von Rotillon, Gougelet, sowie Afzelius beschrieben werden (s. Juliusberg).

Nach den Beobachtungen von Besnier und Brocq verlaufen die Recidive des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans im allgemeinen harmloser als die ihnen vorausgegangene Attacke. Das sonst universell auftretende Exanthem kann in Rückfällen auch partiell auftreten. Elliot und Buckley beschreiben zwei Fälle, in denen die späteren Recidive sich nach vorausgegangenem universellen Exanthem nur auf Hände und Füße beschränken (Juliusberg).

Den Hauterscheinungen gehen im allgemeinen Kopf- und Gliederschmerzen, Temperatursteigerungen, die in der Regel zwischen 37 bis 38° schwanken, häufig geringe Magen- und Darmstörungen, nicht selten mit Erbrechen voraus (Besnier, Brocq, Kramsztyk und Juliusberg). Etwa 2 – 3 Tage nach dem Auftreten dieser Allgemeinstörungen kommt es zum Ausbruch des Exanthems, mit dessen Auftreten die Prodomalerscheinungen verschwinden (Brocq).

Auch in den von uns beschriebenen Fällen können wir Prodomalerscheinungen, wenn auch innerhalb großer Grenzen schwankend, feststellen. Während sie bei unserem Patienten (Fall I) nur durch Kopfschmerzen angedeutet sind, äußern sie sich im II. Falle durch Kopfschmerzen, Fieber und Magenbeschwerden.

Der Ausschlag beginnt zuweilen als kleine rote Flecken, meistens als kleine rote Erhabenheiten eines größeren Hautbezirkes. Das Auftreten von Bläschen und Papeln ist äußerst selten (s. Brocq, Juliusberg). In der vorliegenden Literatur ist nur ein Fall veröffentlicht, in dem Levin beim Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans Papeln beobachten konnte. Die Patienten geben als subjektive Symptome Juckreiz und Hitzegefühl beim Auftreten des Exanthems an. Auch bei unserer Patientin (Fall II) war der Verlauf des Exanthems von starkem Juckreiz begleitet. Sehr oft fehlen diese

Bild 1

Bild 2

Bild 3

Bild 4

Bild 5

Erscheinungen, wie auch in dem von uns beschriebenen I. Falle, vollkommen (Besnier, Brocq, Elliot, Juliusberg). Von dem befallenen Hautbezirk breitet sich das Exanthem mit großer Geschwindigkeit über den ganzen Körper aus. Die Verallgemeinerung der Affektion kann oft schon in 24 Stunden erfolgen, nicht selten auch 3 – 6 Tage dauern (Brocq, Juliusberg). Der Ausbruch des Erythems erfolgt regellos an den verschiedensten Körperstellen. Bald tritt es zunächst an den oberen Körperpartien, bald an der unteren Körperhälfte auf. Nicht selten werden mehrere Körperstellen gleichzeitig befallen. Der Kopf, die Hände und Füße scheinen im allgemeinen die Stellen zu sein, die zuletzt ergriffen werden (Brocq, Besnier, Juliusberg). Häufig bleibt der Kopf, wie auch bei unserem Patienten (Fall I), vollkommen frei.

Den regellosen Beginn des Exanthems konnten wir auch bei unseren Patienten feststellen. Während im I. Falle das Exanthem, wie aus der Anamnese ersichtlich, an der oberen Körperhälfte sowie den unteren Extremitäten gleichzeitig begann, trat es bei unserer Patientin (Fall II) zuerst an der oberen Körperhälfte auf.

Sobald die Affektion sich über die ganze Körperhälfte ausgebreitet hat, weist der Körper eine intensive Rötung, teils helleren teils dunkleren Farbtones auf. Die vordere Halspartie sowie die Brust zeigen nach Brocq eine weniger intensive Rötung als der Nacken und die seitlichen Halspartien und besonders als das Abdomen.

Die Außenfläche der Oberschenkel ist in der Regel weniger stark gerötet als ihre Innenfläche und die Unterschenkel.

Während die Tönung des Erythems bei unserer Patientin an den befallenen Körperpartien gleichmäßig war, war im I. Falle die Rötung an den oberen sowie den unteren Extremitäten viel intensiver und heller als an den seitlichen Stammpartien, an denen das Erythem eine dunklere Tönung zeigte. An den Innenflächen der Hände und an den Fußsohlen ist die Rötung erst nach der Abschuppung infolge der darüber gelagerten dicken Epidermisschicht zu erkennen (Brocq). Auf

Fingerdruck schwindet die Röte, um in einen gelblichroten Farbton überzugehen. Nicht selten treten nach den Beobachtungen von Besnier und Brocq in den ersten Tagen leichte Hautoedeme auf, die bei unseren Patienten an den Unterschenkeln deutlich ausgeprägt waren.

Die Desquamation beginnt gewöhnlich 3–4 Tage nach dem Auftreten des Ausschlages (Brocq). Besnier macht besonders darauf aufmerksam, daß die Schuppung schon vor dem Verschwinden der Rötung einsetzt. Bemerkenswert ist neben dem schnellen Auftreten die reichliche Schuppung, die wir, wie auch schon im speziellen Befund hervorgehoben ist, in den von uns beschriebenen Fällen feststellen konnten.

Die Schuppen sind trocken, weiß und dünn, selten dick und gelb opak, lamellös, stellenweise kleienartig, wie z. B. auf der Kopfhaut und im Gesicht.

Sie sind von unregelmäßiger Gestalt, häufig an ihrem freien Rande aufgerollt und haften entweder in der Mitte oder am Rande fest. Unter den Schuppen sitzt eine glänzende, trockene Haut. Der Ausschlag ist stets (auch in den Gelenkbeugen) trocken. So konnten auch wir bei unseren Patienten Stellen beobachten, an denen die Haut im Zentrum von glänzender, trockener Beschaffenheit war, während an der Peripherie die Epidermis in Form von randständigen, halskrausenförmig angeordneten Lamellen in Abschuppung begriffen war. Nur in seltenen Fällen findet man unter den Schuppen ein ekzematöses Exsudat (Juliusberg). Die Schuppengröße richtet sich ganz nach der Körperregion. Auf der Stirn und den Augenlidern sind sie fein, ebenso auf der Kopfhaut und in der Bartgegend (Brocq). Während die Kopfhaut sowie das Gesicht bei unserem Patienten (Fall I) von der Affektion verschont blieben, zeigt die Kopfhaut unserer Patientin (Fall II) die für das Krankheitsbild charakteristische kleienförmige Abschuppung. Ueber der Nasenwurzel, in der Nasolabialfalte und in der Ohrmuschel bilden sie oft eine dicke Schicht. Am Halse und in der Schultergegend sind die Schuppen größer. Ihre größte Dimension erreichen sie nach Brocq und Julius-

berg am Stamm, wie auch aus unseren Ausführungen ersichtlich ist. An den Innenflächen der Hände und den Fußsohlen stoßen sich große verhornte Lamellen wie Handschuhfinger und Sandalen ab (Darier). Nicht selten werden auch die Haare und Nägel in Mitleidenschaft gezogen (Little). Nach den Beobachtungen von Brocq kommt es fast immer zum Haarausfall. So konnten auch wir bei unserer Patientin eine starke Lichtung der Kopfhaare sowie der lateralen Augenbrauen beobachten, während bei unserem Patienten die Kopfhaare durch den Prozeß nicht in Mitleidenschaft gezogen waren. Die Fingernägel zeigen häufig den einzelnen Rückfällen entsprechend eine transversale Furchenbildung (Brocq, Juliusberg). Besonders deutlich sehen wir diese typische Nagelveränderungen bei unserer Patientin an beiden Daumen ausgeprägt. Die etwa 3 mm breite Querfurche, die sich beiderseits am vorderen Rande des Daumennagels befindet, rührt offensichtlich von der ersten Attacke her. Aus ihrer Lokalisation läßt sich der vorausgegangene Schub, der vor 5 Monaten auftrat, annähernd bestimmen. Bei unserem Patienten (Fall I) ist an beiden Zeige- sowie Mittelfingern je eine Querfurche angedeutet. Bei besonders starker Desquamation kann es zur vollkommenen Nagelabtrennung kommen (Juliusberg).

Wie in dem von uns beschriebenen I. Fall zeigen die Schleimhäute meistens keine Veränderungen (Brocq, Juliusberg). In anderen Fällen dagegen ist, wie wir es auch bei unserer Patientin beobachten konnten, die Mundschleimhaut leicht gerötet und geschwollen. Ein Larynxoedem ist auch verschiedentlich beobachtet worden (Juliusberg). Die Schlingbeschwerden sind in der Regel nur gering. Die Zunge ist zu Beginn der Erkrankung leicht belegt.Nach Abschilferung von oberflächlichen Epithelien zeigt sie eine intensive Rötung (Brocq).

Auch der gutartige Verlauf der Dermatose bei unseren Patienten darf im Sinne der Diagnose: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans gedeutet werden. Der komplikationslose Verlauf der Erkrankung bei unserem Patienten

(Fall I) ist nach der vorliegenden Literatur der übliche (Brocq, Juliusberg). Die vorübergehende Albuminurie, die wir bei unserer Patientin (Fall II) beobachten konnten, stellte auch Elliot verschiedentlich bei seinen Patienten mit Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans fest. Als seltene Komplikationen erwähnt Brocq Endocarditis, Gelenkrheumatismus, Otitis externa und Herpes facialis. Einen Verlauf des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans mit tödlichem Ausgang beschreibt Griedens (s. Juliusberg).

Es handelte sich um einen 17jährigen Patienten, der zum ersten Male im November 1919 an einem Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans erkrankte. Im Jahre 1920 stellte sich ein Rückfall ein, in dessen Verlauf ein schwerer Icterus mit starker Druckschmerzhaftigkeit der Leber- und Gallenblasengegend auftrat. Der Tod trat unter septischen Erscheinungen und den Anzeichen einer hochgradigen Dyspnoe infolge eines Larynxoedems ein. Weitere Fälle mit tödlichem Ausgang, in denen der Exitus nachweisbar mit dem Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans in Zusammenhang steht, sind in der Literatur nicht bekannt.

Die Prognose dieser Hauterkrankung ist nach den bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen durchaus günstig (Besnier, Brocq, Elliot, Fuss, Juliusberg).

Die Differentialdiagnose hat bei unserem Krankheitsbild in erster Linie das akute Scharlachexanthem zu berücksichtigen. In dem zuerst von uns beschriebenen Fall können wir schon anamnestisch durch die Häufigkeit der Recidive eine Scarlatina ausschließen. Weiterhin sprechen bei unserem Patienten (Fall I) gegen das Scharlachexanthem die normale Körpertemperatur und Pulsfrequenz und nicht zuletzt die völlig unveränderte Mund- und Rachenschleimhaut, die bei der Scarlatina eine frühzeitige Rötung und Schwellung zeigen.

Die erhöhte Körpertemperatur und Pulsfrequenz, sowie die entzündliche Veränderung der Rachenschleimhaut und Tonsillen gestalten die Beurteilung des II. Falles schon schwieriger als die des zuerst von uns beschriebenen Krankheitsbildes;

jedoch dürfen wir bei einer Temperatursteigerung, die im ganzen Krankheitsverlauf ein Maximum von nur 37,5° zeigt, und einer Pulsfrequenz von 88 Schlägen in der Minute – ganz abgesehen von dem sonst wenig gestörten Allgemeinbefinden – ein Scharlachexanthem, das in der Regel von einer Temperaturerhöhung bis zu 40° und einer Pulsfrequenz bis zu 120 Schlägen in der Minute begleitet wird, ablehnen. Vor allem aber müssen wir die reichliche, sowie frühzeitig eintretende Desquamation, die wir bei unserer Patientin schon vor dem Abklingen des Erythems beobachten konnten, im Sinne der Diagnose Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans werten, während bei einem akuten Scharlachexanthem die Schuppung der Epidermis in nicht so reichlichem Maße wie bei unserer Dermatose und erst nach dem völligen Abblassen des Exanthems eintritt.

Gegen ein akutes scharlachähnliches Arzeneiexanthem, das sich in der Regel durch einen flüchtigen Verlauf auszeichnet, spricht in den von uns beschriebenen Fällen schon die Dauer der Erkrankung. Außerdem dürfen wir das zuletzt erwähnte Krankheitsbild in beiden Fällen ausschließen, da die Patienten vor dem Ausbruch der Dermatose keine medikamentöse Behandlung durchmachten, die wir mit der Erkrankung in Zusammenhang bringen könnten.

Unerwähnt blieb bisher noch die Frage nach der Aetiologie der Erkrankung. Die bisher noch ungeklärte Ursache des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans führte viele Autoren dazu, diese Frage eingehend zu prüfen. Ein Teil der Forscher (Elliot, Fuss, Nishiura, Uno) zieht als Ursache für das Krankheitsbild psychische und nervöse Störungen in Betracht. Andere wieder glauben, mit Erkältungs- und anderen Infektionskrankheiten das Leiden in Zusammenhang bringen zu können (Ancitrano, Regan). Viele Autoren beobachteten nach toxischen und medikamentösen Schädigungen den Ausbruch der Dermatose (Besnier, Juliusberg, Lauter). Besnier macht in einem großen Teil seiner mit Quecksilber behandelten Fälle die schädliche Einwirkung der Quecksilberpräparate

für den Ausbruch des Erythems verantwortlich. Andere Autoren beobachteten nach Darreichung von Opium, Arsen, Antipyrin und Chloral das Auftreten eines Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans (s. Brocq, Juliusberg). Kramsztyk lehnt in den von ihm beobachteten Fällen eine toxische oder medikamentöse Ursache des Leidens ab. Vielmehr hält er es für eine Allgemeininfektion mit unbekanntem Erreger, gestützt auf das Vorhandensein von Symptomen, wie man sie auch bei anderen akuten Infektionskrankheiten findet.

Am verständlichsten ist die Hypothese von Besnier, daß eine eigentümliche Ueberempfindlichkeit der Haut als primäre Ursache für den Ausbruch der Dermatose anzusehen ist und daß sekundär durch irgend welche Reize exogenen oder endogenen Ursprungs (wie sie oben erwähnt sind) das Krankheitsbild des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans ausgelöst wird.

Ein Zusammenhang des Erythems mit einer anderen vorausgegangenen oder noch bestehenden Krankheit war durch die gründliche Untersuchung im I. Fall nicht nachzuweisen. Eine medikamentöse Schädigung, durch welche das Leiden sekundär hervorgerufen sein könnte, ist ausgeschlossen, da den Patienten vor und während unserer Behandlung keinerlei Medikamente verabfolgt wurden. Eine Allgemeininfektion mit unbekanntem Erreger möchte ich in diesem Falle wegen des gänzlich ungestörten Allgemeinbefindens ablehnen. Ob der im Frühjahr regelmäßige Ausbruch des Erythems im Zusammenhang mit einer Funktionsstörung der Keimdrüsen steht, ist fraglich. Auch im II. Fall war es uns nicht möglich, eine Ursache für die Dermatose ausfindig zu machen. Jedenfalls möchte ich mich der Ansicht Besniers anschließen und annehmen, daß auch bei unseren Patienten die primäre Ursache der Dermatose in einer Prädisposition der Haut zu suchen ist, die eben auf irgend welche Schädigungen, sei es endogenen oder exogenen Ursprungs mit dem Krankheitsbild des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans antwortet.

Wie aus den von uns beschriebenen Fällen, sowie der

Darstellung der Dermatose in der vorliegenden Literatur ersichtlich ist, bietet das Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans ein sehr variables Symptomenbild. Da seine Unterscheidung von dem akuten Scharlachexanthem zuweilen sehr schwierig sein kann, seien zusammenfassend folgende unterschiedlichen Merkmale, die Juliusberg in seiner Arbeit zusammengestellt hat, hervorgehoben:

1.) Der Scharlach recidiviert im Gegensatz zum Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans nur selten. Der Verlauf des Scharlachrecidives ist schwerer als die erste Attacke, während die Rückfälle beim Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans immer gutartiger als die vorausgegangenen Schübe verlaufen.

2.) Der Verlauf des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans ist von geringen Temperaturerhöhungen, die zwischen 37 und 38° schwanken, begleitet, während die Temperatursteigung beim Scharlach in der Regel bis zu 40° beträgt.

3.) Die Pulsfrequenz ist beim Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans in der Regel normal, in einigen Fällen nur unwesentlich gesteigert, während beim Scharlach meistens ein Puls von 120 - 140 Schlägen in der Minute beobachtet wird.

4.) Die Desquamation tritt beim Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans frühzeitiger und reichlicher auf als beim Scharlach.

5.) Die Schleimhautveränderungen fehlen beim Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans entweder vollkommen oder sind nur geringfügiger Natur, während für den Scharlach eine frühzeitige Rötung der Rachenschleimhaut, die scarlatinöse Angina und die intensiv gerötete, himbeerfarbene Scharlachzunge charakteristisch sind.

Literatur.

Ancitrano: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 41, Jahrg. 1897, Bd. 24.

Besnier, E.: Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Annales de dermatologie et de syphilographie. 3. Série, Tome I, 1880.

Brocq, L.: Erythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants. Précis atlas de pratique dermatologie. S. 798.

Cervera, J.: Recidivierendes Erythema scarlatiniforme desquamativum Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 651, Jahrg. 1924, Bd. 17.

Criegern: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 31, Jahrg. 1909, Bd. 49.

Crocker: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 129, Jahrg. 1899, Bd. 21.

Darier: Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Précis de dermatologie. S. 140.

Dubreuilh: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 572, Jahrg. 1907, Bd. 44.

Elliot, G. T.: Das recidivierende desquamative Erythema scarlatiniforme. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 431, Jahrg. 1890, Bd. 10.

Fuss, H.: Zwei Fälle von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Wiener klinische Wochenschrift. S. 199, Jahrg. 1917, Bd. 34.

Hallopeau u. Besnier: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 230, Jahrg. 1895, Bd. 21.

Hoffmann, E.: Ueber einen äußerst charakteristischen Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans bei Alibert. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 390, Jahrg. 1905, Bd. 40.

Juliusberg, F.: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Handbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten. S. 343. Bd. 7, I.
Kramsztyk, J.: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Dermatologische Zeitschrift. S. 293, Jahrg. 1902, Bd. 9.
Lauter, R.: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Medizinische Klinik. S. 475, Jahrg. 1930.
Levin: Erythema scarlatiniforme. Zentralblatt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten. S. 680, Jahrg. 1925, Bd. 16.
Little, E.G.: Erythema scarlatiniforme. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 314, Jahrg. 1927, Bd. 25.
Millard: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 36, Jahrg. 1902, Bd. 34.
Nishiura, K.: Un cas de l'erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 312, Jahrg. 1924, Bd. 11.
Nageotte Wilbouchewitch, M.: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 673, Jahrg. 1926, Bd. 20.
Regan, J.: The scarlatiniforme erytheme of influence. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 62, Jahrg. 1924, Bd. 13.
Rotillon u. Gougelet: Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant généralisé. Annales de dermatologie et de syphilographie. S. 89, Jahrg. 1887.
Török, L.: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans mit protrahiertem Verlauf. Archiv für Dermatologie und Syphilis. S. 585, Jahrg. 1889, Bd. 25.
Uno: Ein Fall von Erythema scarlatiniforme recurrens bei einer hysterischen Frau. Monatshefte für praktische Dermatologie. S. 180, Jahrg. 1904, Bd. 39.
Zappert, J.: Ueber wiederholte Scharlacherkrankungen und Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Wiener klinische Wochenschrift. S. 795, Jahrg. 1916.

Lebenslauf.

Ich, Carl Schulte, Sohn des Reichsbahn-Amtmanns Carl Schulte und seiner Ehefrau, Anna geb. Uhde, wurde geboren am 9. März 1905 zu Soest i. Westf. Nach 4jähriger Vorbildung auf der Volksschule zu Soest besuchte ich das humanistische Gymnasium zu Werl und erhielt dort Ostern 1925 das Zeugnis der Reife. Ich studierte Medizin an den Universitäten Bonn, Köln, Wien und Münster. In Bonn legte ich im Herbst 1927 die ärztliche Vorprüfung mit gutem Erfolge ab und bestand in Münster am 10. Dezember 1930 mein Staatsexamen mit dem Prädikat gut. Meine mündliche Doktorprüfung bestand ich am 17. Februar 1932 an der Universität Münster.

Allen meinen Lehrern bin ich zu großem Danke verpflichtet, ganz besonders aber Herrn Prof. Dr. Stühmer für die Ueberlassung des Themas und Herrn Priv.-Dozent Dr. Schmidt für die Uebernahme des Referats.